

告示番号		60		先天性代謝異常		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用)		1/2	
病名	61 ガラクトキナーゼ欠損症							受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
受給者番号			受診日	年 月 日									
ふりがな 氏名 (Alphabet)							(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)						
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定					
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		( ) 都道府県 ( ) 市区町村					
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI				
		年 月 日		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日									
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )												
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり					
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)			なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)									
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性			なし ・ あり				
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
症状	全身	低身長 (-2.0SD以下): [ なし ・ あり ]					易感染性: [ なし ・ あり ]						
	呼吸器・ 循環器	咳嗽・喘鳴: [ なし ・ あり ]					心臓弁膜症: [ なし ・ あり ]			気管狭窄: [ なし ・ あり ]			
		心筋障害: [ なし ・ あり ]					肥大型心筋症: [ なし ・ あり ]						
	筋・骨格	病的骨折: [ なし ・ あり ]					骨変形: [ なし ・ あり ]			関節拘縮: [ なし ・ あり ]			
		筋緊張低下: [ なし ・ あり ]					筋萎縮: [ なし ・ あり ]			筋力低下: [ なし ・ あり ]			
	筋緊張亢進: [ なし ・ あり ]					性質: [ 痙縮 ・ 固縮 ]							
	消化器	肝腫大: [ なし ・ あり ]					脾腫大: [ なし ・ あり ]						
	精神・神経	精神発達遅滞: [ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]											
		移動障害: [ なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明 ]											
		精神運動機能の退行: [ なし ・ あり ]					精神症状: [ なし ・ あり ]			痙攣: [ なし ・ あり ]			
小脳性運動失調: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					カタレプシー: [ なし ・ あり ]								
不随意運動: ミオクローヌス: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					ジストニア: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
発達障害: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					自閉スペクトラム症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
注意欠如多動症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]					限局性学習症: [ なし ・ あり ・ 不明 ]								
発達障害 (その他): ( )													
眼	緑内障: [ なし ・ あり ]					白内障: [ なし ・ あり ]			視力低下: [ なし ・ あり ]				
	視野障害: [ なし ・ あり ]					視神経萎縮: [ なし ・ あり ]			角膜びらん・潰瘍: [ なし ・ あり ]				
眼球運動障害: 水平性: [ なし ・ あり ]					垂直性: [ なし ・ あり ]								
耳鼻咽喉	聴力障害: [ なし ・ あり ]					聴力 (右): ( ) dB			聴力 (左): ( ) dB				
その他	症状 (その他): ( )												
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
酵素活性測定	ガラクトキナーゼ (GALK) 活性: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 )												
検査法: ( )													
所見: ( )													
血液検査	BUN: ( ) mg/dL		血清クレアチニン: ( ) mg/dL		AST: ( ) U/L		ALT: ( ) U/L						
血清総ビリルビン (T-Bil): ( ) mg/dL													
画像検査	CT検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )							
	部位: ( )					所見: ( )							
MRI検査: [ 未実施 ・ 実施 ]					実施日: ( 年 月 日 )								
部位: ( )					所見: ( )								
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 実施時年齢: ( 歳 か月 )												
	検査名: [ 田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他 ]												
検査名 (その他): ( )													
DQまたはIQ値: ( )													

告示番号 <b>60</b> 先天性代謝異常 ( ) 年度 小児慢性特定疾病 医療意見書 (継続申請用) <b>2/2</b>	
遺伝学的検査	遺伝子検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )
検査所見 (その他)	検査所見 (その他)：( )
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載	
合併症	合併症：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
経過 (申請時) ※直近の状況を記載	
薬物療法	薬物療法：[ なし ・ あり ] 詳細：( )
栄養管理	治療用特殊ミルク：ガラクトース除去フォーミュラ (110)：[ 未実施 ・ 実施 ]
	市販品の無乳糖ミルク：[ 未実施 ・ 実施 ] 種類：( )
	乳糖、ガラクトース制限：[ なし ・ あり ] 栄養管理 (その他)：( )
治療	治療 (その他)：( )
今後の治療方針	今後の治療方針：( )
	治療見込み期間 (入院) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 )
	治療見込み期間 (外来) 開始日：( 年 月 日 ) 終了日：( 年 月 日 ) 通院頻度：( )回/月
医療機関・医師署名	
上記の通り診断します。	
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関住所	診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )